

日医総研ワーキングペーパー

国民医療費・介護費の現状分析と 国民医療費の将来推計（2004 年度版）

No. 135

2006 年 9 月 26 日

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

国民医療費・介護費の現状分析と国民医療費将来推計（2004 年度版）

前田由美子

キーワード

- | | | |
|---------|----------|----------|
| ◆ 国民医療費 | ◆ 生活習慣病 | ◆ 療養病床再編 |
| ◆ 老人医療費 | ◆ 公費負担医療 | ◆ 将来推計 |
| ◆ 介護費 | ◆ 財源 | |

ポイント

- ◆2004 年度の国民医療費は 32.1 兆円である。増加幅は、近年着実に小さくなりつつあり、増加額分についてもその過半は薬局調剤医療費によるものである。
- ◆一般診療費に占める生活習慣病医療費の比率は過去 10 年間大きく変わっていない。ただし 2004 年度には、それまで増加傾向にあった悪性新生物の医療費が減り、逆に減少傾向にあった脳血管疾患の医療費が減った。
- ◆公費負担医療は、2004 年度には国民医療費の 5.8%に達しており、かつ増加がつづいている。
- ◆介護費は 2004 年度には 6.0 兆円に達した。特に民間企業も多く参入している福祉系介護サービスの伸びが目立つ。
- ◆国民医療費に占める事業主負担の比率は 1995 年度には 24.5%（約 4 分の 1）であったが、2004 年度には 20.6%（約 5 分の 1）となった。
- ◆厚労省は、制度改正がなければ医療費の自然増は年 3～4%であるという見方をしている。しかし直近 5 年間の医療費の伸びは、診療報酬マイナス改定のあった年を除いても年 2%台といったところである。厚生労働省は、最近の傾向も踏まえて再推計を行うべきである。

目 次

まえがき	1
1. 国民医療費の概要	
(1) 国民医療費総額の推移	2
(2) 診療種類別国民医療費	4
(3) 傷病別医療費－生活習慣病医療費－	5
(4) 制度別医療費－公費負担医療費－	7
(5) 財源別医療費	8
(6) 年齢階級別1人当たり国民医療費	9
2. 老人医療費の概要	
(1) 老人医療費総額の推移	10
(2) 1人当たり老人医療費	11
(3) 老人医療費の地域格差	12
3. 第1号被保険者介護費の概要	
(1) 介護費総額の概要	14
(2) 1人当たり介護費用	15
(3) 介護費の地域格差	16
4. 高齢者の医療費と介護費の関係	17
5. 国民医療費の将来推計	
(1) 現状の延伸による将来推計	19
(2) 厚生労働省ほかの将来推計	21
(3) 療養病床再編を踏まえた医療費減少効果の問題点	24
6. まとめ	26

まえがき

厚生労働省は2025年度の国民医療費が65兆円になると推計し、そのおかげで、2006年6月には医療費抑制および患者負担増による給付費抑制を織り込んだ医療制度関連法案が可決した。

しかし、国民医療費の増加幅は近年着実に縮小しつつある。そこで、本稿では、国民医療費の実態を示した上で、より現実的な前提条件を用いて行った将来推計の結果を示す。

また同時に、高齢者の医療費と介護費の関係についても述べる。「医療費抑制」が声高に叫ばれているが、その一方で、介護費が膨張していることを確認しておきたい。

2006年9月26日

日本医師会総合政策研究機構 前田由美子

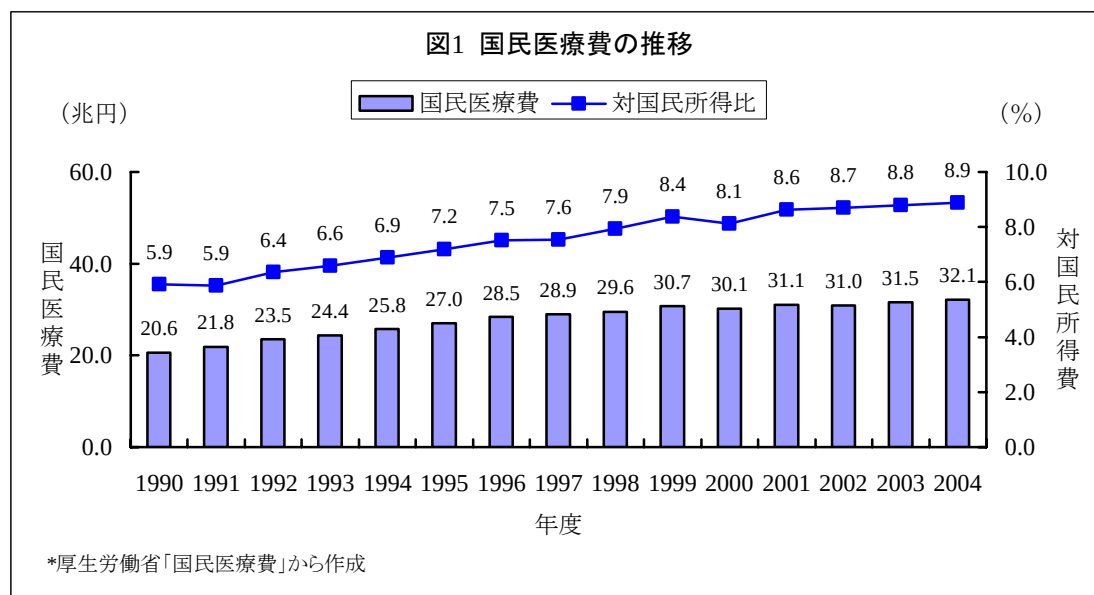
(研究協力者 鮫島 信仁)

1. 国民医療費の概要

(1) 国民医療費総額の推移

2004年度の国民医療費は32.1兆円であり、前年比1.8%増であった。国民所得は前年比0.7%増に止まったため、国民医療費の対国民所得比は8.9%となり、前年比0.1ポイント上昇した。

国民医療費の5年ごとの増加額を見てみよう。1990年度から1994年度までは5.2兆円増、1995年度から1999年度までは3.7兆円増、そして2000年度から2004年度までは2.0兆円増であった。国民医療費の増加幅は着実に小さくなりつつある。



厚生労働省は、2004年度の国民医療費の伸びの内訳について、人口増 0.1%、高齢化 1.5%、医療の高度化を含む自然増 1.2%、診療報酬改定▲1.0%と発表した。

人口は2003年度の127,619千人から、2004年度には127,687千人となり、0.1%増であった。75歳以上の医療費は2004年度には国民医療費の28.1%を占め、また前年に比べて5.6%増えたので、国民医療費の増加に対して約1.5%寄与する。ここまでは異論はない。

問題は自然増である。2002年度は0.2%、2003年度も0.2%となっているが、2004年度には1.2%と急上昇しており不自然である。辻褄合わせとしか考えられない。

そして自然増が辻褄あわせであるとするれば、診療報酬改定の影響がなかったということになる。2004年度は薬価・材料の改定であったが、改定に関係のない新薬の比率が高まりマイナス改定を打ち消したことなどが推察される。

表1 国民医療費総額の伸びの内訳(厚生労働省報道発表)

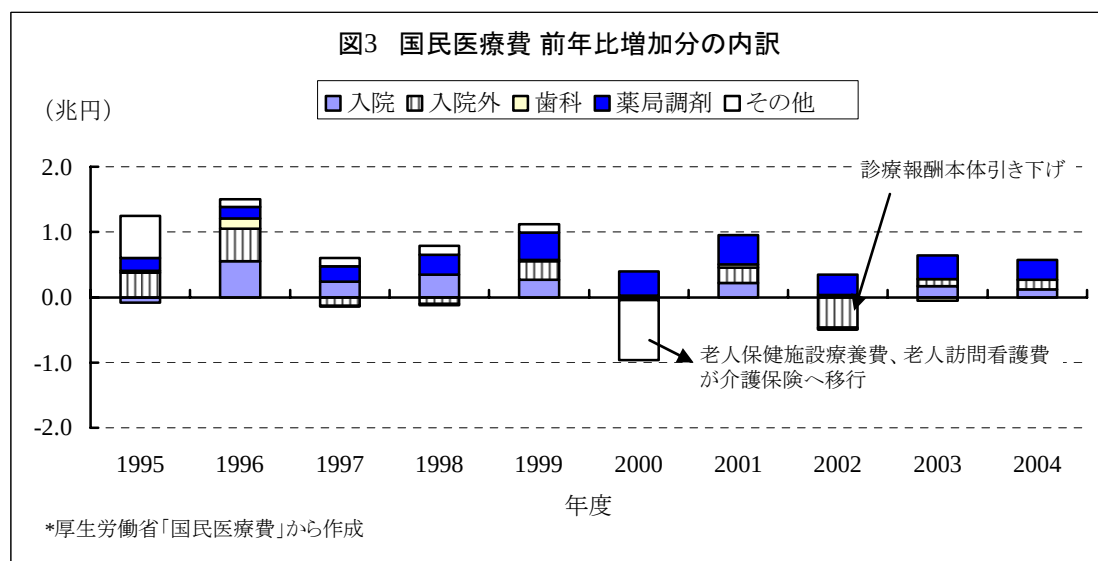
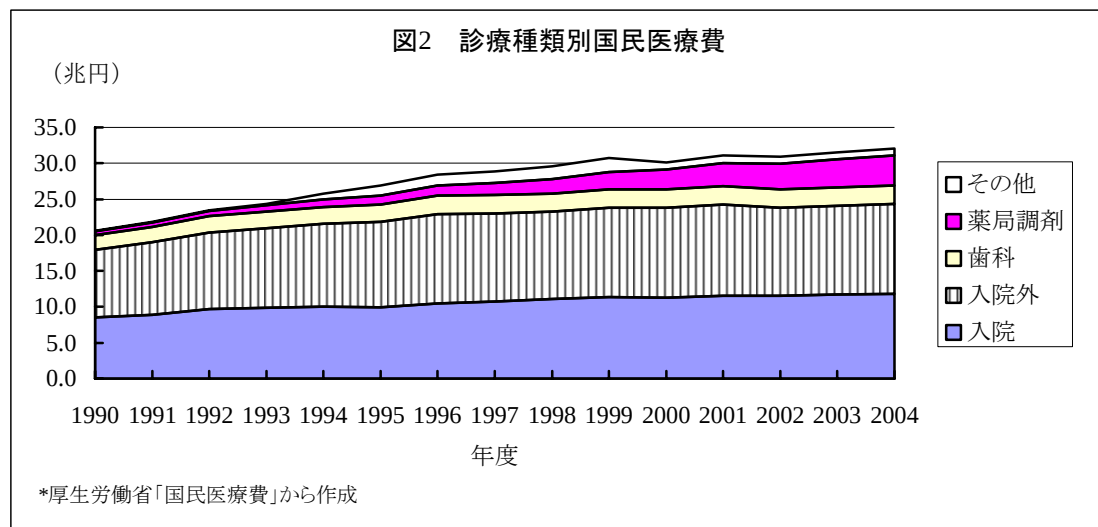
	2002年度	2003年度	2004年度
人口増	0.1%	0.1%	0.1%
高齢化	1.7%	1.6%	1.5%
医療の高度化を含む自然増など	0.2%	0.2%	1.2%
診療報酬改定	-2.7%	—	-1.0%
計	-0.6%	1.9%	1.8%

*2004年度の改定は薬価・材料のみ。本体はプラスマイナスゼロ

*厚生労働省は、2003年度に2002年度以前の国民医療費の遡及修正を行っているが、この表で示す伸びは2002年度発表時点でのもの。遡及修正後の数字にもとづけば伸びの計は-0.5%。

（２）診療種類別国民医療費

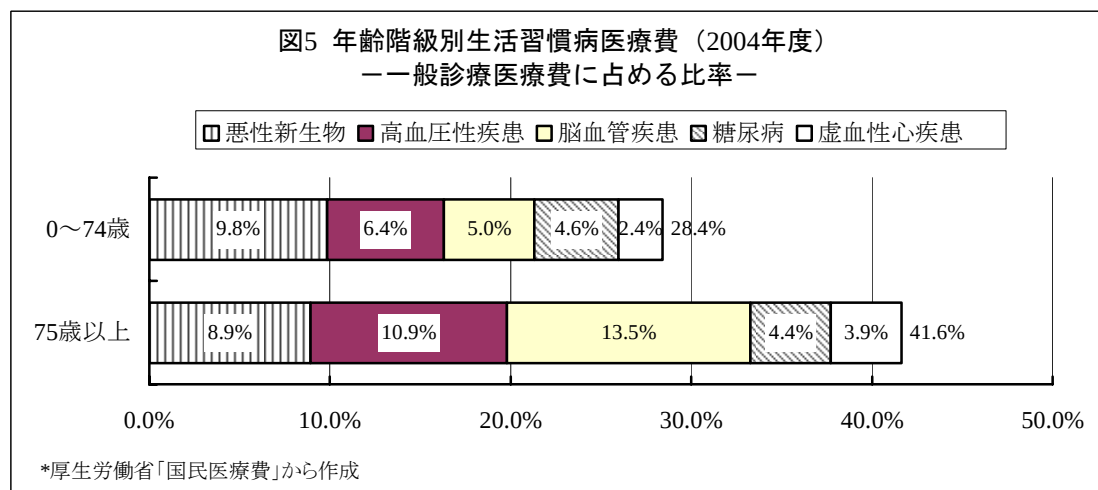
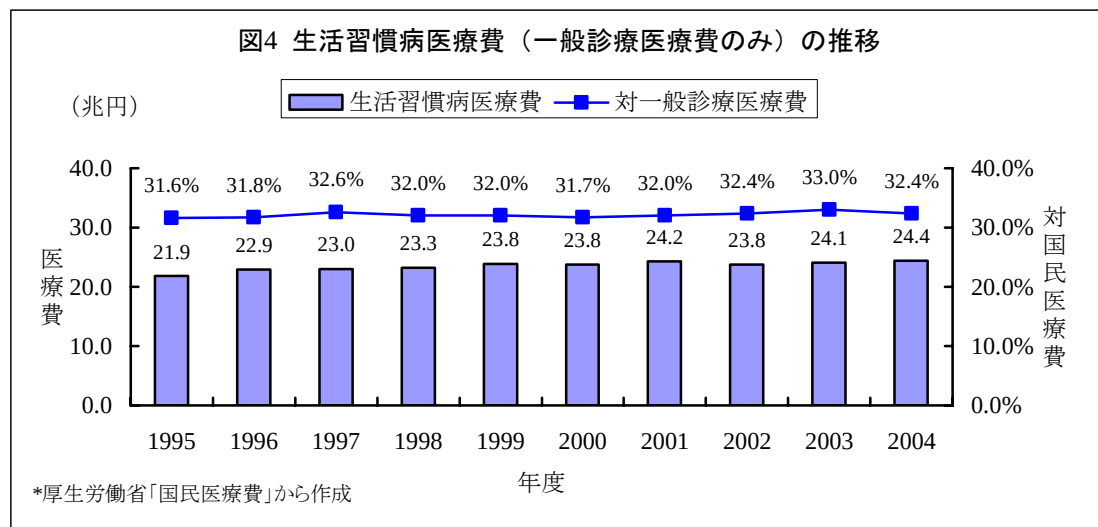
2004年度の診療種類別医療費は、入院 11.8 兆円、入院外 12.5 兆円、歯科 2.5 兆円、薬局調剤 4.2 兆円、その他 1.0 兆円であった。医薬分業が進んでいることもあり、入院外医療費が頭打ちになる一方で、薬局調剤医療費の増加がつづいている。国民医療費は 2003 年度から 2004 年度にかけて 0.6 兆円増加したが、うち薬局調剤医療費の増加分が 0.3 兆円（52.8%）を占めた。



（３）傷病別医療費－生活習慣病医療費－

国（厚生労働省）は、医療費適正化の方策として生活習慣病対策を掲げているが、2004年度の一般診療医療費¹に占める生活習慣病医療費の比率は32.4%であり、この比率は過去10年間、大きく動いていない。

また、0～74歳では、悪性新生物の医療費が9.8%でもっとも大きい、75歳以上では脳血管疾患が13.5%、高血圧性疾患が10.9%である。



¹ 入院医療費と入院外医療費の合計。歯科、薬局調査、入院時食事、訪問看護の各医療費は含まない。

ところで 2004 年度には、1998 年度以降減少していた脳血管疾患の医療費が増加に転じ、悪性新生物の医療費が減少するという事態が起きた。悪性新生物医療費はすべての年齢階級で前年比減であった。逆に脳血管疾患は、65 歳以上の医療費が 6.6%増加しただけでなく、45～64 歳の増加率も 7.5%であった。

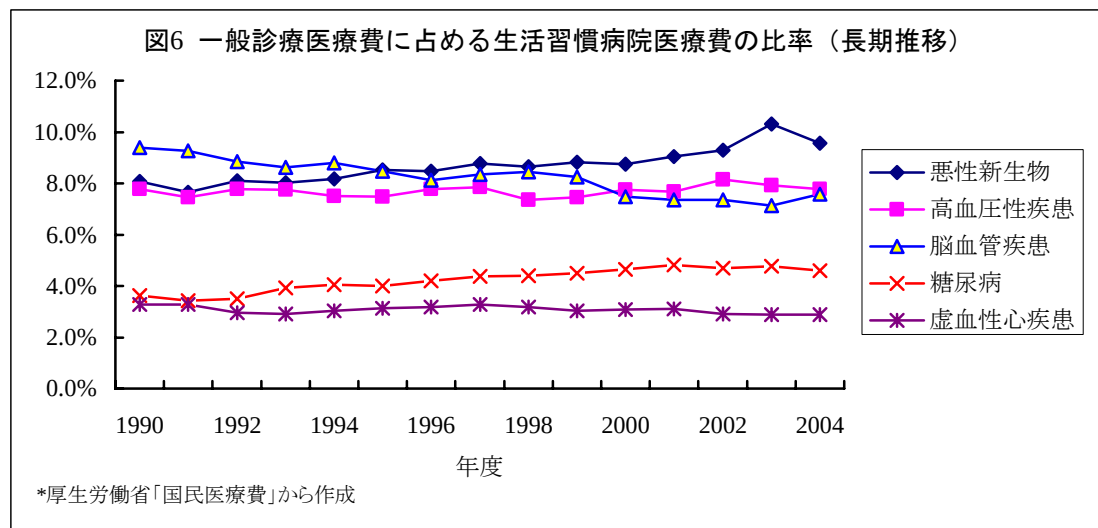


表2 悪性新生物および脳血管疾患の一般診療医療費の比較

悪性新生物		(億円)					
	総 数	0～14	15～44	45～64	65歳以上	(再掲) 70歳以上	(再掲) 75歳以上
2003年度	24,813	230	1,755	8,246	14,582	10,978	6,782
2004年度	23,306	129	1,453	7,929	13,795	10,489	6,536
増加額	-1,507	-101	-302	-317	-787	-489	-246
増加率	-6.5%	-78.3%	-20.8%	-4.0%	-5.7%	-4.7%	-3.8%

脳血管疾患		(億円)					
	総 数	0～14	15～44	45～64	65歳以上	(再掲) 70歳以上	(再掲) 75歳以上
2003年度	17,182	42	332	3,352	13,457	11,612	9,136
2004年度	18,459	26	404	3,624	14,403	12,470	9,880
増加額	1,277	-16	72	272	946	858	744
増加率	6.9%	-61.5%	17.8%	7.5%	6.6%	6.9%	7.5%

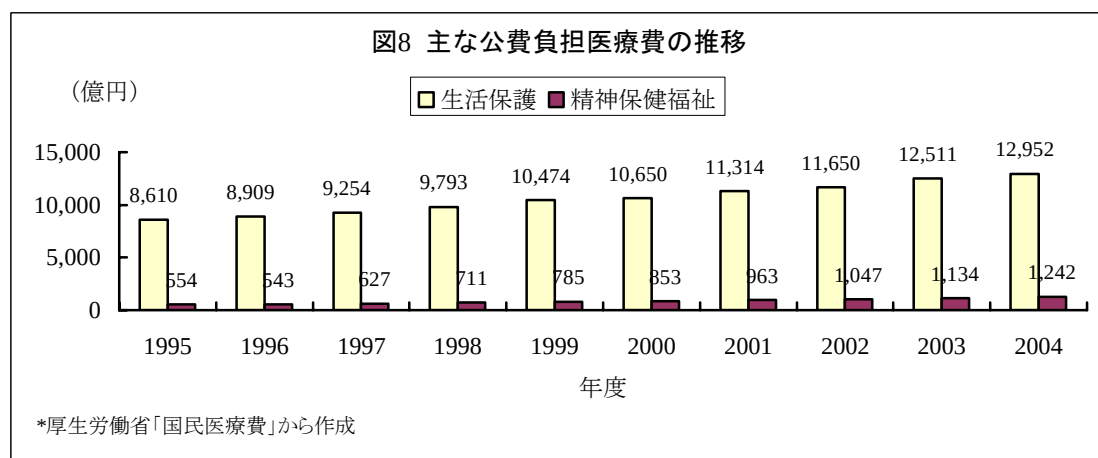
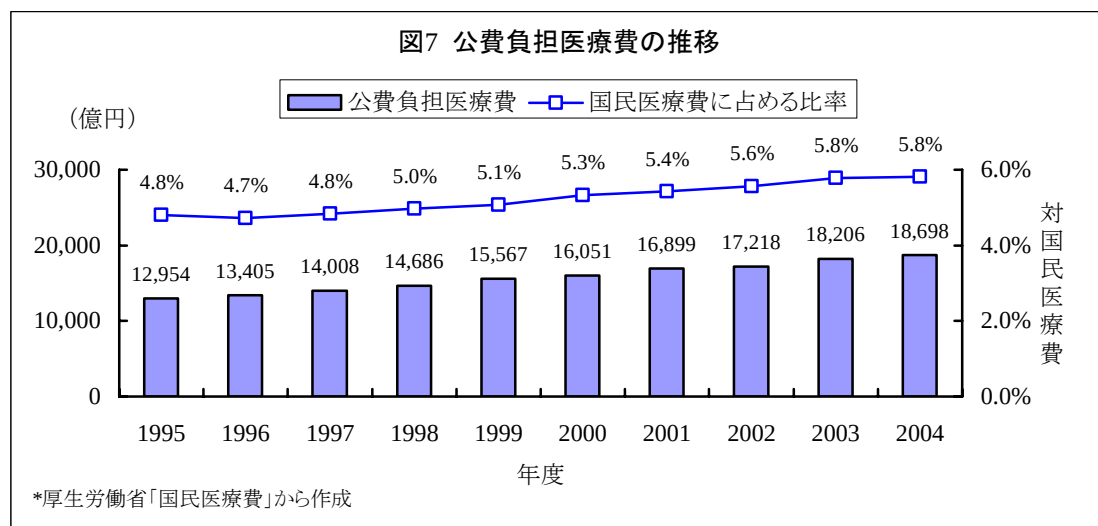
*厚生労働省「国民医療費」から作成

（４）制度別医療費－公費負担医療費－

2004年度の国民医療費のうち、公費負担医療費が5.8%を占める。公費負担医療とは、福祉や公衆衛生のため国・地方が給付する医療で、生活保護法にもとづくもの、精神保健及び精神障害者福祉に関する法律にもとづくもの（以下、精神保健福祉と略す）、結核予防法にもとづくものなどがある。

公費負担医療の大半は生活保護分である。2004年度には生活保護にかかわる医療費、公費負担医療費の69.3%、国民医療費全体に対しては4.0%を占めた。

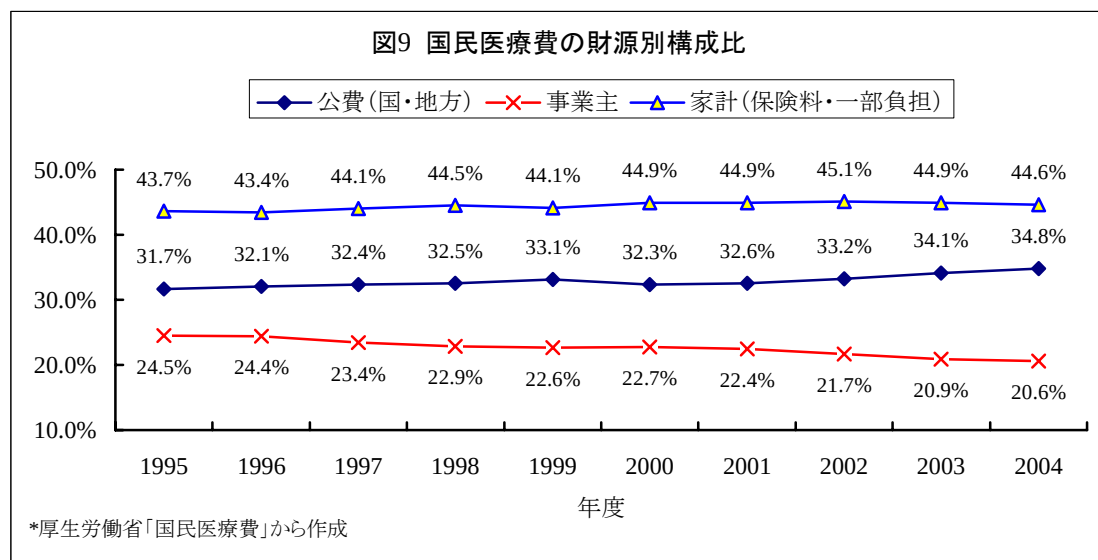
精神保健福祉も、年100億円程度の増加がつづいている。



（５）財源別国民医療費

2004年度の財源別構成比は国・地方 34.8%、事業主 20.6%、家計（保険料・一部負担）44.6%であった。過去10年間で、国・地方の負担比率は3.1ポイント上昇し、事業主の負担比率は3.9ポイント下降した。事業主負担割合は、1995年には4分の1であったが、わずか10年間で5分の1に下がったことになる。

公費比率の上昇は、公費負担比率の高い国保加入者増、生活保護などの公費負担医療費増等によるものである。一方、家計負担比率が若干下がっているが、これは一部負担割合の低い高齢者が増加しているためである。



（６）年齢階級別 1 人当たり国民医療費

2004 年度の 1 人当たり国民医療費は、0～74 歳で 198.0 千円、75 歳以上で 815.2 千円である。

2004 年度の前年比は、0～74 歳 0.8%、75 歳以上 0.7%であった。「国民医療費」が 75 歳で区分して発表されるようになってからの 1 人当たり国民医療費の平均伸び率は、0～74 歳 1.1%、75 歳以上▲1.6%であった。介護保険法が施行された 2000 年度、診療報酬が引き下げられた 2002 年度を除くと、1 人当たり国民医療費の前年比は、0～74 歳 1.5%、75 歳以上 1.6%であった。

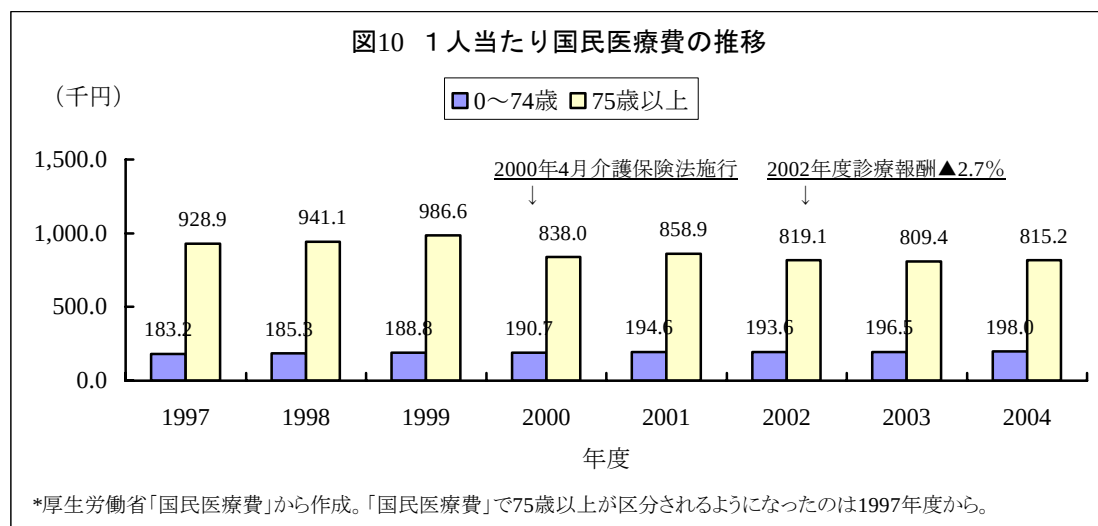


表3 1 人当たり国民医療費前年比

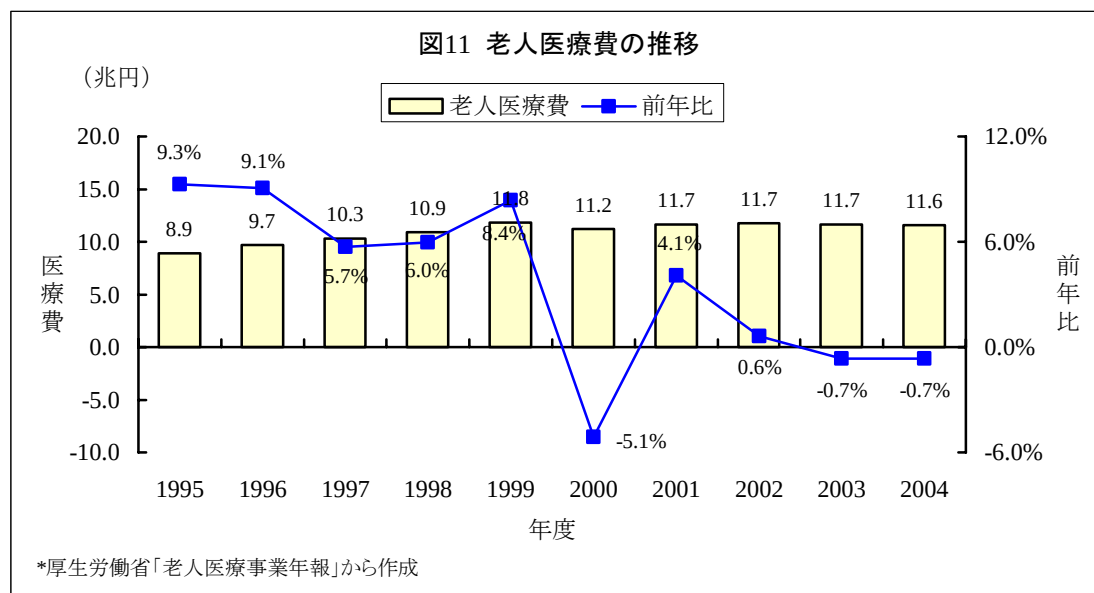
	年度							平均	2000年度と 2002年度を 除く平均
	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004		
0～74歳	1.1%	1.9%	1.0%	2.0%	-0.5%	1.5%	0.8%	1.1%	1.5%
75歳以上	1.3%	4.8%	-15.1%	2.5%	-4.6%	-1.2%	0.7%	-1.6%	1.6%

*厚生労働省「国民医療費」から作成

2. 老人医療費の概要

(1) 老人医療費総額の推移

2004年度の老人医療費は11.6兆円であり、前年比▲0.7%である。これは老人医療受給者数が減少しているためである。老人医療の受給対象年齢は2002年9月まで70歳以上であったが、その後、毎年1歳ずつ引き上げられており、2006年10月以降は75歳以上になる。

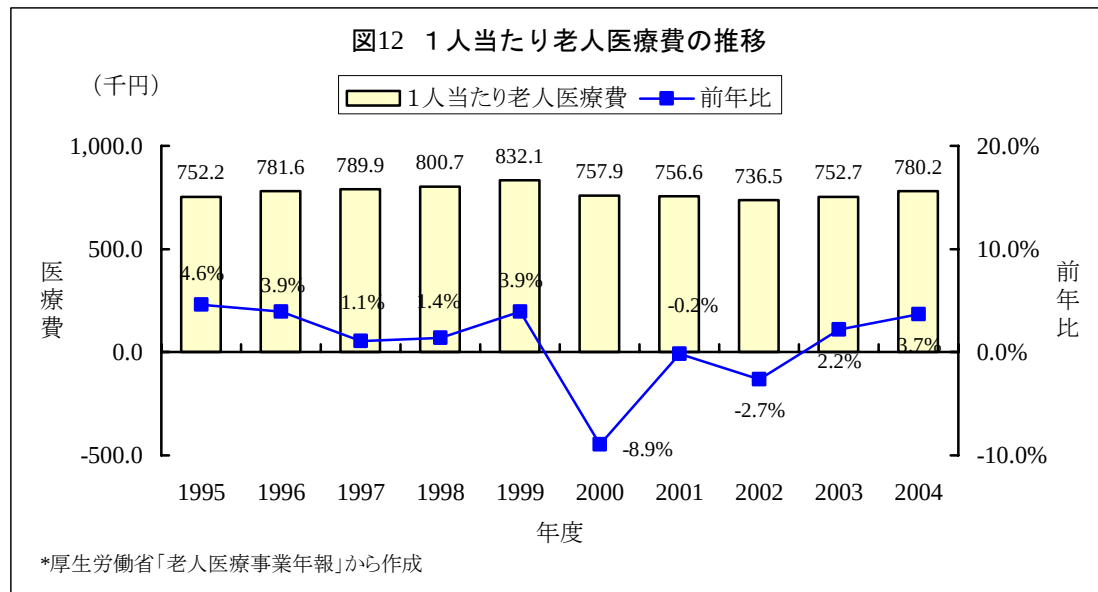


（２）１人当たり老人医療費

１人当たり老人医療費は、2000 年度には介護保険への移行によって前年比▲8.9%となった。2001 年度もおそらくその余波で▲0.2%となった。しかし、2001 年度は高齢者数の増加により、受給者数が前年比 4.2%増となったこともあり、老人医療費総額は 4.1%増加した（図 11）。

2002 年度には診療報酬引き下げの影響で１人当たり老人医療費は▲2.7%となったが、受給者数が 3.4%増え、医療費総額は 0.6%増となった（図 11）。

その後、2002 年 10 月からの受給対象年齢の引き上げにより、受給対象者の平均年齢が上昇しているため、１人当たり医療費が増加している。2003 年度は 752.7 千円（前年比 2.2%増）、2004 年度は 780.2 千円（同 3.7%増）であった。



（３）老人医療費の地域格差

2004 年度の 1 人当たり老人医療費を都道府県別に見ると、もっとも高かったのは 965.4 千円（福岡県）、もっとも低かったのは 634.9 千円（長野県）であった。

都道府県間格差は 1995 年度には 1.9 倍であったが、年々縮小し 2004 年度には 1.5 倍となった。

診療種類別では、2000 年度の格差は、入院 1.8 倍、入院外 1.3 倍、歯科 1.9 倍、薬剤 1.4 倍、その他 2.0 倍である。2004 年度は入院 1.8 倍、入院外 1.3 倍、歯科 1.7 倍、薬剤 1.2 倍、その他 2.0 倍であり、歯科と薬剤で格差が縮小した。

2000 年度から 2004 年度にかけて、福岡県では歯科医療費が▲12.4%となったが、長野県では▲3.2%に止まった。薬剤費は福岡県で 28.0%増であったが、長野県では 53.9%増となった。薬剤費については、長野県ではこの間の医薬分業率の進展が大きかったことも一因であろうと推察される。医薬分業率²は 2000 年度には長野県 37.0%、福岡県 49.4%、2004 年度には長野県 52.0%（2000 年度に比べて 15.0 ポイント増）、福岡県 60.8%（同 11.4 ポイント増）であった。

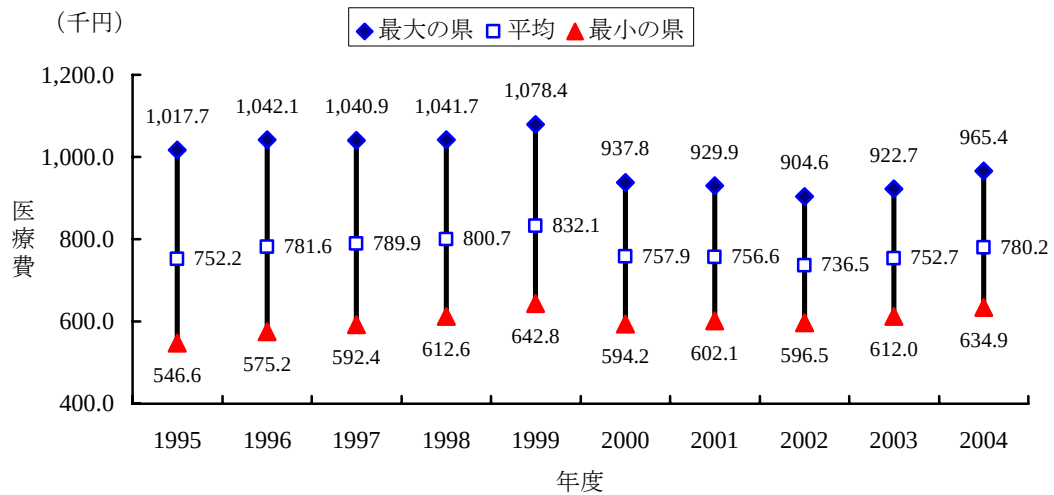
表4 1 人当たり老人医療費の都道府県間格差

	入院	入院外	歯科	薬剤	その他	全体
2000年度	1.8	1.3	1.9	1.4	2.0	1.6
2004年度	1.8	1.3	1.7	1.2	2.0	1.5

*厚生労働省「老人医療費事業年報」から作成

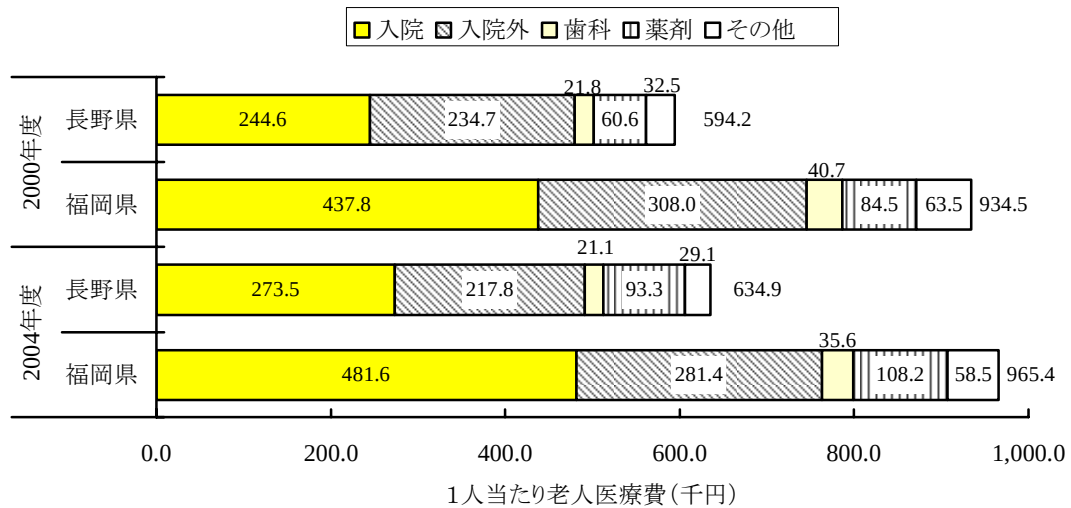
² 日本薬剤師会「医薬分業進捗状況」より

図13 1人当たり老人医療費の地域格差



*厚生労働省「老人医療事業年報」から作成

図14 1人当たり老人医療費の地域格差の比較

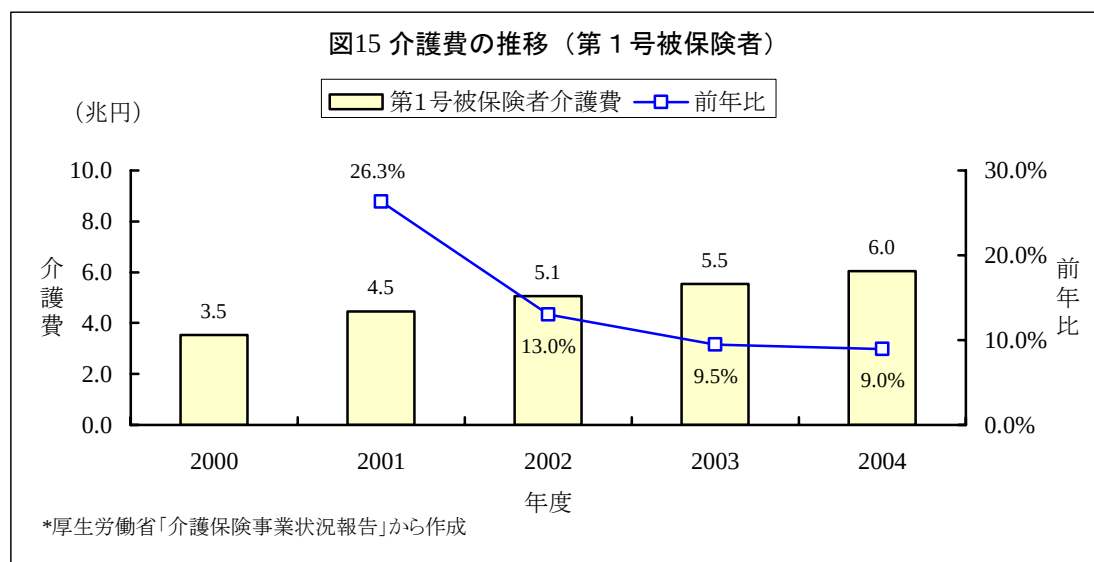


*厚生労働省「老人医療事業年報」から作成。2000年度に1人当たり老人医療費が最大であったのは北海道であるが、2004年度との比較のため福岡県(2000年度は2位)を用いた。

3. 第1号被保険者介護費の概要

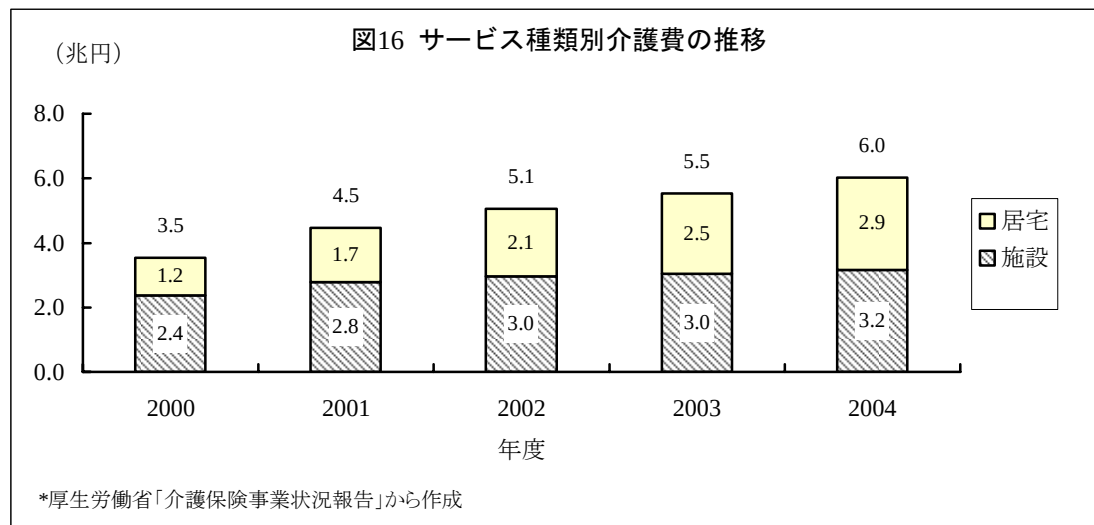
(1) 介護費総額の概要

第1号被保険者の介護費は、2004年度は6.0兆円³であった。介護費の前年比伸び率はそれぞれ2001年度26.3%、2002年度13.0%、2003年度9.5%、2004年度9.0%であった。



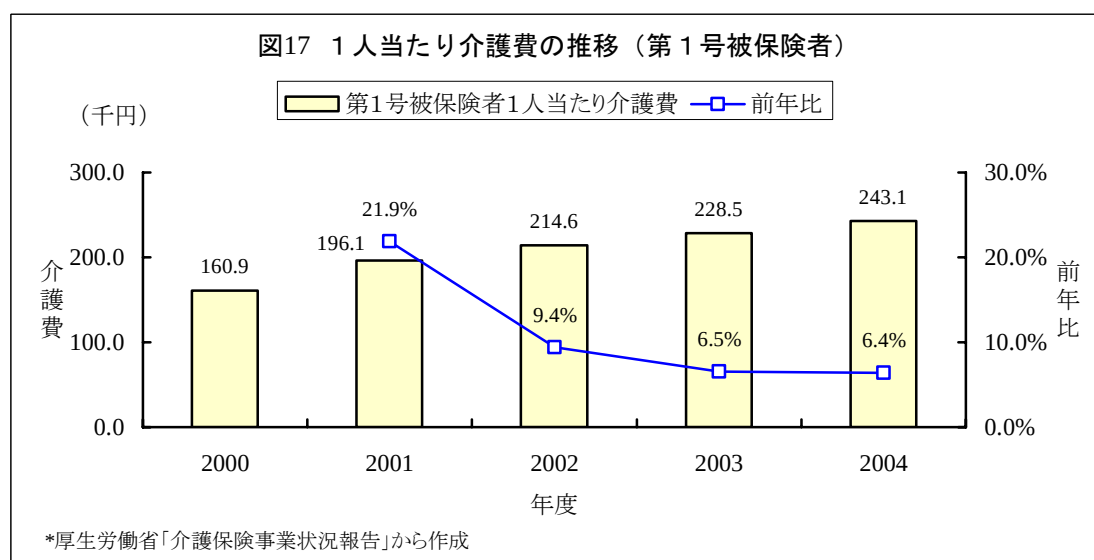
サービス種類別では、施設サービス費は2000年度の2.4兆円に比べて、2004年度には3.2兆円と、この間に33.0%増加した。居宅サービス費は2000年度には1.2兆円、2004年度には2.9兆円と約1.5倍になった。そしてこの結果、費用構成は施設サービス52.5%、居宅サービス47.5%とほぼ半々に近づいている。

³ 第2号被保険者を含む総額では6.2兆円。



(2) 1人当たり介護費用

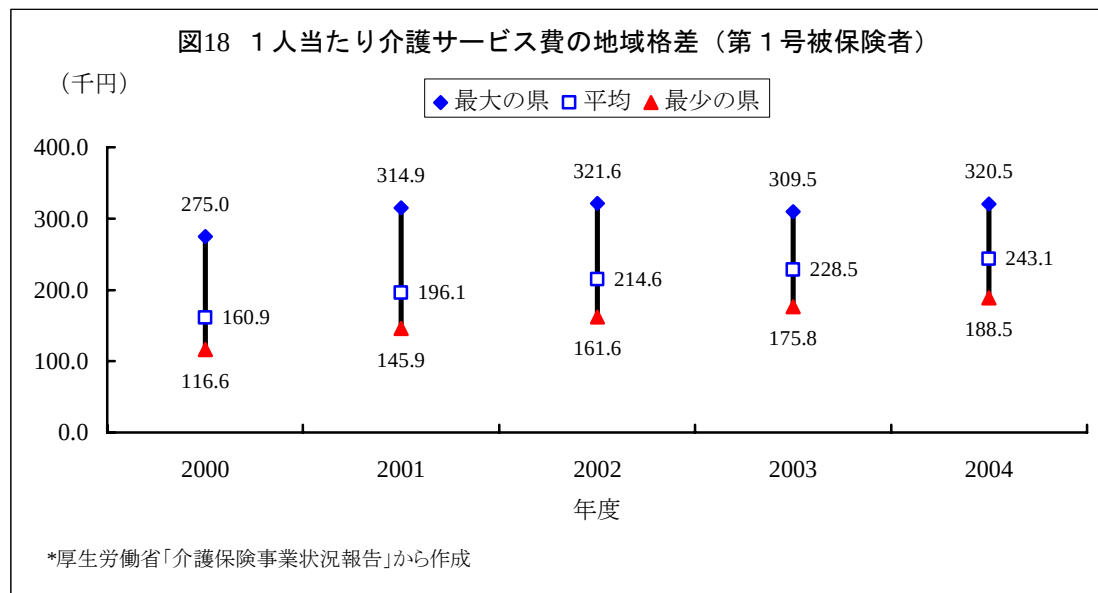
2004年度の第1号被保険者1人当たり介護費は243.1千円であった。1人当たり介護費の前年比伸び率はそれぞれ、2001年度21.9%、2002年度9.4%、2003年度6.5%、2004年度6.4%であった。



（３）介護費の地域格差

2004 年度の 1 人当たり介護費は、もっとも高かった県では 320.5 千円（徳島県）、もっとも低かった県では 188.5 千円（埼玉県）であった。1 人当たり介護費は、関東近郊で低いという傾向が見られ、下位 5 県は、埼玉県、茨城県、千葉県、栃木県、福島県であった。

また、1 人当たり介護費の都道府県格差は、2000 年度には 2.4 倍であったが、2004 年度には 1.7 倍に縮小した。



4. 高齢者の医療費と介護費の関係

老人医療費の受給対象年齢は75歳以上（2006年10月以降）、介護保険の第1号被保険者は65歳以上である。それぞれ年齢区分が異なるが、他に分析可能な区分がないため、この両者を比較する。

老人医療費は1999年度には11.8兆円であった。2000年度に介護保険がスタートし、老人医療費のうち、老人訪問看護、老人保健施設、療養型病床群等にかかわる費用が介護費に移行した。これに加え、介護保険下では訪問リハビリテーションなども始まった。また2000年度から訪問介護等として給付されるようになったサービスは、従来は老人福祉から給付されていた。

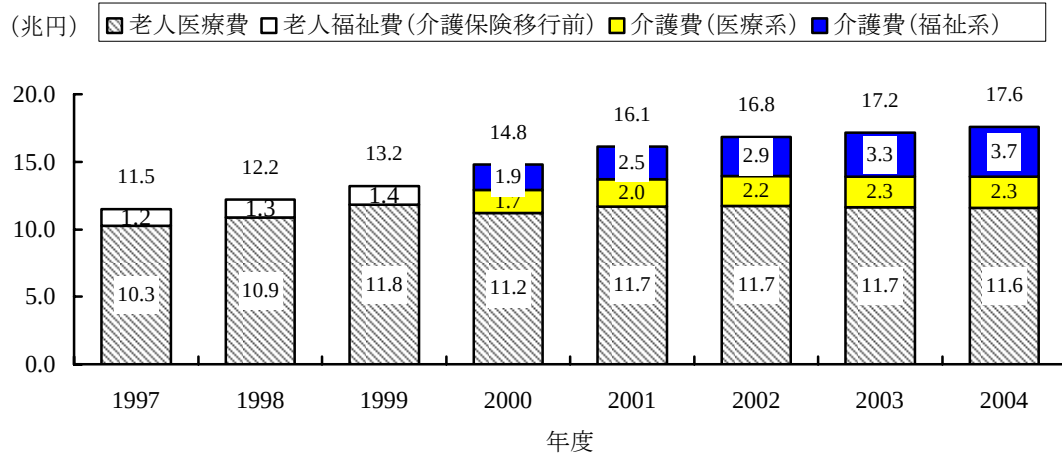
ここでは、介護費を医療系、福祉系に分け、老人医療費、老人福祉費とともに推移を追った。

【	医療系：居宅療養管理指導、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション、短期入
	所療養介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設
	福祉系：訪問介護、訪問入浴介護、通所介護、福祉用具貸与、短期入所生活療養介護、認知症対応型
	共同生活介護、特定施設入所者生活介護、介護老人福祉施設

老人医療費は2001年度以降、ほとんど変動していない。これは、対象年齢の引き上げ途上であるためである。介護費（医療系）も過去3年間はほぼ一定であり、老人医療費と介護費（医療系）は介護保険導入後抑制されているといえる。

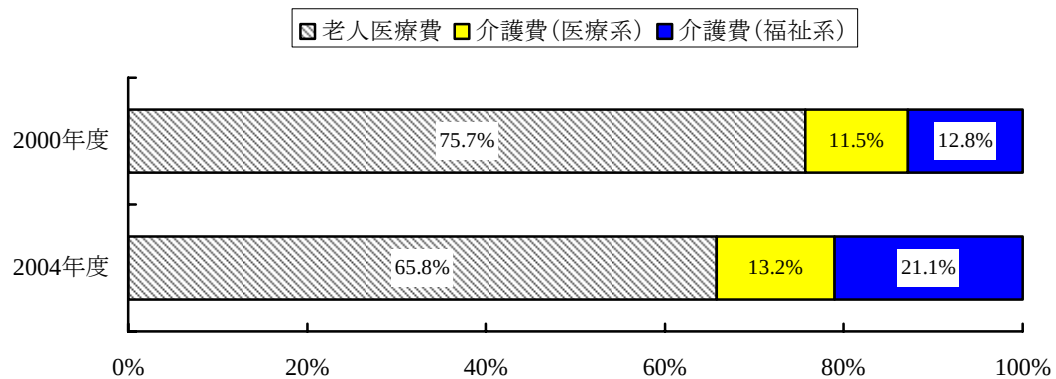
一方、福祉系介護費は年率10%以上の伸びを示している。その結果、福祉系介護費の占める比率は2000年度には老人医療費・介護費全体の12.8%であったが、2004年度には21.1%となった。

図19 老人医療費・第1号被保険者介護費の推移



*厚生労働省「老人医療事業年報」「介護保険事業状況報告」ほかから作成

図20 老人医療費・第1号被保険者介護費を合計した時の構成比



*厚生労働省「老人医療事業年報」「介護保険事業状況報告」から作成

5. 国民医療費の将来推計

(1) 現状の延伸で見る将来推計

1人当たり国民医療費の伸び率は、介護保険導入以降の平均値で、0～74歳 0.9%、75歳以上▲0.7%であった。2002年度は大幅な診療報酬改定(▲2.7%)があったので、この年を除くと、伸び率の平均値 0～74歳 1.4%、75歳 2.0%であった。

「国民医療費」は2004年度分までしか公表されていないが、医療保険医療費を示す「最近の医療費の動向」は2005年度分まで発表されている。これによると介護保険導入以降2002年度を除く1人当たり医療費の伸び率は、被用者 0.9%、国保 1.5%、老人保健 1.2%であった。

表5 1人当たり国民医療費の伸び率

「国民医療費」

	年度				平均	
	2001	2002	2003	2004	2001～2003	2002を除く
0～74歳	2.0%	-0.5%	1.5%	0.8%	0.9%	1.4%
75歳以上	2.5%	-4.6%	-1.2%	0.7%	-0.7%	2.0%

「最近の医療費の動向（保険給付医療費）」

		年度					平均	
		2001	2002	2003	2004	2005	2001～2005	2002を除く
一般	被用者	2.0%	-1.2%	-1.3%	1.1%	1.7%	0.5%	0.9%
	国保	1.4%	-2.3%	1.7%	0.7%	2.3%	0.8%	1.5%
老人保健		1.2%	-3.6%	0.9%	0.4%	2.1%	0.2%	1.2%

*「最近の医療費の動向」には、医療保険以外（労働者災害補償保険、公害保障法等）から給付される医療費および全額自費は含まれない

前述のように最近の1人当たり医療費の伸び率は、一般1%台、高齢者1～2%といったところである。

日本医師会・日医総研は、2006年4月に、2005年11月分まで公表されていた「最近の医療費の動向」をもとに国民医療費の将来推計を行った。その際、1人当たり医療費の伸びは直近の平均値から一般1.4%、高齢者1.3%とした。その結果、2025年度の国民医療費は49兆円と推計された。

表6 国民医療費の将来推計（2006.4推計）

厚生労働省「最近の医療費の動向」（2005年11月分まで）より
1人当たり医療費の対前年同月比

	2001年度	2002年度	2003年度	2004年度	2005年度	2002年度を除く平均値
一般 被用者	2.0%	-1.2%	-1.3%	1.1%	2.9%	1.2%
国保	1.4%	-2.3%	1.7%	0.7%	2.9%	1.7%
高齢者	1.2%	-3.6%	0.9%	0.4%	2.7%	1.3%

*2005年度は11月分まで

一般は被用者・国保の単純推計

前提条件

	伸び率
一般	1.4%
高齢者	1.3%



1人当たり国民医療* (千円)

	2004年度	2015年度	2025年度
一般	198	235	270
高齢者	815	952	1,083

*2004年度実績を元に試算。2006年度診療報酬改定の影響により、さらに下がる可能性あり。



人口

(万人)

	2004年度	2015年度	2025年度
一般（75歳未満）	11,662	11,053	10,088
高齢者（75歳以上）	1,107	1,574	2,026

*国立社会保障・人口問題研究所「将来推計人口」より



国民医療費

(兆円)

	2004年度	2015年度	2025年度
一般（75歳未満）	23	26	27
高齢者（75歳以上）	9	15	22
計	32	41	49

（２）厚生労働省ほかの将来推計

厚生労働省は、2025 年度の国民医療費を 65 兆円と推計している。1 人当たり医療費の伸びの前提は、一般医療費 2.1%、高齢者医療費 3.2%（1995～1999 年度実績平均）である。また厚生労働省は、医療費総額では年 3～4%の伸びであると述べている⁴。

しかし、介護保険導入以降では、大きく見積もっても年 2%台といったところである（表 7）。

さらに、厚生労働省が推計のベースで用いている 1990 年代後半は、医薬分業による薬局調剤医療費の伸びによって、国民医療費が大幅に増加した時期である。現在の伸びの主要因も薬局調剤医療費によるところが大きい。しかし、医薬分業はこのまま進めば 2015 年ごろには 100%に達すると予測される（図 21）。医薬分業率は最大でも 100%を超えることはないので、2025 年度にいたるまで 1990 年代後半の勢いで延伸されるべきではない。

⁴2006 年 5 月 23 日参議院厚生労働委員会での答弁「直近、制度改革がなかった時期の医療費の動きを見ますと、やはり全体としておおむね三から四%というふうな動きでございます。」

表7 各種調査による医療費総額の伸び率

(%)

	年 度					平均	
	2001	2002	2003	2004	2005		2002年度を 除く
国民医療費	3.2	-0.5	1.9	1.8	未発表	1.6	2.3

厚生労働省「最近の医療費の動向」から

	年 度					平均	
	2001	2002	2003	2004	2005		2002年度を 除く
医療費	3.3	-0.8	1.8	2.5	3.0	2.0	2.7
入院及び食事療養	1.8	-0.3	1.7	1.6	2.1	1.4	1.7
入院外	2.0	-4.1	0.4	1.8	2.4	0.5	1.4
歯科	2.1	-0.6	-2.0	0.5	1.0	0.2	0.4
調剤	16.6	9.6	9.6	8.4	8.5	10.6	10.7

(参考)厚生労働省「社会医療診療行為別調査」から

	年 度					平均	
	2001	2002	2003	2004	2005		2002年度を 除く
総点数	4.2	-2.8	0.5	0.3	3.0	1.0	1.7

* 社会医療診療行為別調査は6月1か月の抽出調査である

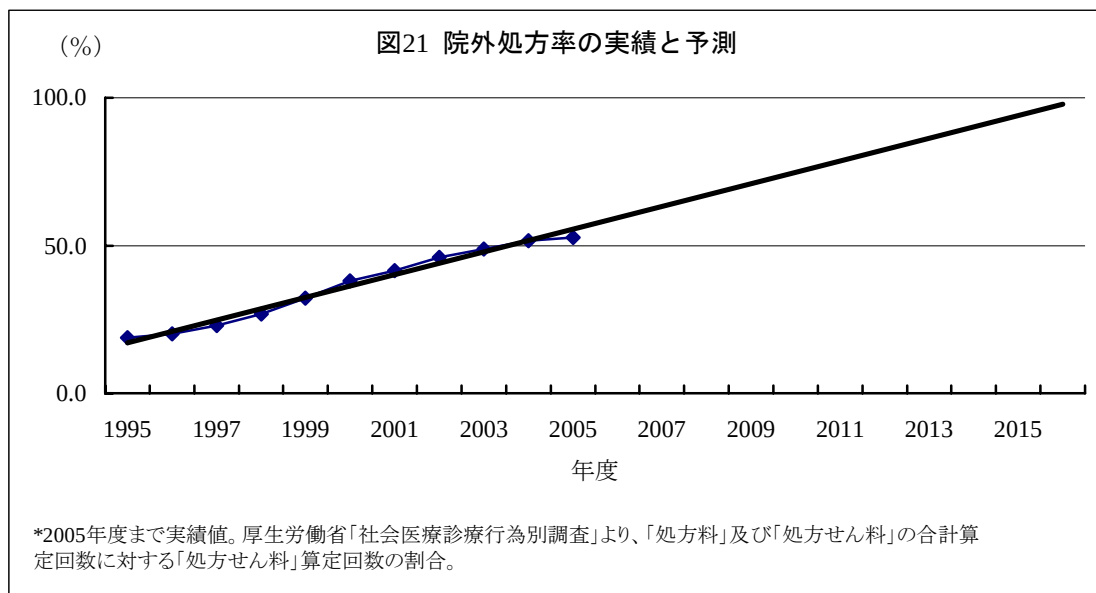


表 8 は、国民医療費将来推計の比較である。最近では、日本医事新報（No.4298, 2006.9.9）が医療費推計を行っている。日本医事新報は、制度改正、診療報酬改定のなかった年の伸び率をもとし、年齢区分を 70 歳で区切って、それぞれ推計を行っている。日医総研はこれまで述べてきたように、最近の伸び率を用いて（ただしマイナスの伸びとなった 2002 年度を除く）、75 歳区分で推計を行った。後期高齢者医療制度が 75 歳以上を対象としているからである。

これらの両者の推計に比べると、厚生労働省が前提に使用した時期はきわめて古い。厚生労働省は、2000 年度以降は制度改正が度重なり、この影響を排除することが容易ではなかったと弁明している。しかし、1995 年度から 1999 年度にかけても制度改正が皆無だったわけではない。1997 年度にはサラリーマン本人の 2 割負担、1999 年度には薬価のマイナス改定が実施された。これらの影響を排除して計算したというのなら、当然 2000 年度以降の制度改革の影響も技術的には排除できたであろう。いつまでも過去の高い伸び率に固執するべきではない。

表8 国民医療費将来推計の比較

		日医総研	日本医事新報	厚生労働省
推計時期		2006.4推計	2006.9.9	2006年度 概算要求
前提（1人当たり 医療費の伸び）	一般	1.43%	1.85%	2.10%
	高齢者	1.30%	1.65%	3.20%
前提に使用した期間		2002年度を除く 直近5年間	2001年度、 2005年度	1995年度～ 1999年度
		2005.11まで		
2025年の国民医療費（兆円）		49	54	65

（３）療養病床再編を踏まえた医療費減少効果の問題点

現在、医療療養病床 25 万床、介護療養病床 13 万床があるが、厚生労働省は 2012 年までに医療療養病床のみの 15 万床にする計画である。まず、医療療養病床からは医療の必要性の低い患者を対象とする 14 万床を減少させる。次に介護療養病床は廃止するが、医療の必要性の高い患者に対応する 4 万床を医療療養病床に転換する。

厚生労働省は、療養病床再編による医療費削減効果を次のように試算している医療費ベース、2006 年度価額）。

（医療の必要性の低い患者 36 万円）×12 か月×14 万床＝▲0.6 兆円

（医療の必要性の高い患者 54 万円）×12 か月×4 万床＝＋0.3 兆円

一気に療養病床再編が起きれば、医療費減少効果は▲0.3 兆円である。厚生労働省は、この▲0.3 兆円を「高齢者医療費の伸び（年間 3.2%）で伸ばすと、療養病床の削減が終わる平成 24（2012）年度において、医療費の減少効果は▲0.4 兆円となる」と述べている

ここで、高齢者医療費の伸びを 3.2%としているが、厚生労働省のこれまでの試算では、高齢者 1 人当たり医療費の伸びが 3.2%とされてきており、数字のすり替えが行われている⁵。厚生労働省の医療費推計から逆算すれば、高齢者の医療費総額の伸びは 2012 年度までの平均で 7.0%である。年間 7.0%で伸ばすと、2012 年における医療費の減少効果は約▲0.5 兆円である。

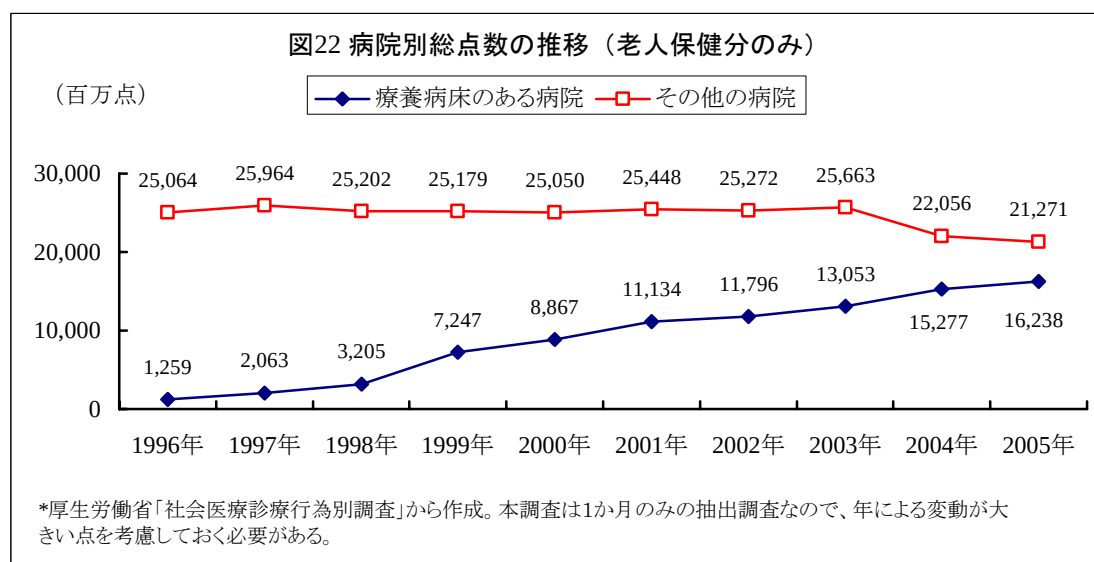
また、療養病床の再編効果に、急性期医療を含む医療費全体の伸び率をかけてよいのかという点も問題である。図 23 には、療養病床のある病院とその他の病院との総点数の推移を示した。出所は、厚生労働省「社会医療診療行為別調査」である。「社会医療診療行為別調査」は 1 か月の調査であり、結果が調査年によってばらつきやすい上、

⁵ 療養病床が今後はいっさい増加しない予定であったというのであれば、1 人当たりを用いてもよい。しかし今回のような政策転換がない限り、療養病床は今後も増加しつづけたと考えるほうが自然である。

療養病床のある病院区分には急性期も含まれるという問題がある。しかし、他に適切なデータがないため、これを用いた。

療養病床のある病院の総点数の伸びは、2002 年以降平均 10%以上の伸びを示しているのに対し、急性期のみの病院ではまったく頭打ちである。仮に療養病床の総医療費の伸びを 10%とおくと、2012 年における医療費削減効果は約▲0.6 兆円となる。

以上のことから、厚生労働省が療養病床再編による医療費削減効果をまともに試算していないのではないかという疑念がわく。にもかかわらず現実には、多くの高齢者を路頭に迷わす政策⁶が遂行された。



⁶ 前田ほか「「療養病床に関する緊急調査」報告」（日医総研ワーキングペーパーNo.131,2006年9月）によると、療養病床の再編により3人に1人の患者は病状不安定のまま退院を迫られることになる。

4. まとめ

現状の医療費、介護費について留意しておきたい点は以下のとおりである。

① 国民医療費の増加幅は近年着実に小さくなりつつあり、増加分についてもその過半は薬局調剤医療費によるものである。診療報酬改定のたびに薬価が引き下げられているが、薬価改定に関係のない新薬が相次いで投入されれば薬局調剤費は容易には下がらない。また当然、製薬企業・医薬品卸は市場拡大を狙う。診療報酬が医療機関の経営状態を踏まえて決定されている以上―現実には、建前にすぎないが―、製薬企業・医薬品卸も同じ土俵で議論されるべきである。

② 国民医療費全体の 5.8%は公費負担医療（生活保護、精神福祉など）で占められている上、増加がつづいている。福祉は福祉として、医療費推計などとは切り離して検討する必要もあるのではないか。

③ 民間企業も参入しているいわゆる福祉系介護費の伸びが著しい。国は財政的理由から介護給付費を圧縮しようとするが、民間企業は経営的理由から介護費の増大を期待する。その結果、介護費と介護給付費との差、すなわち利用者負担が増えることになる。筆者らの調査⁷では、介護保険事業者のうち特に営利企業は、参入撤退を繰り返したり、不正請求などが多かったりするという傾向が見られた。事業者の監視機能の強化も必要である。

④ 国民医療費に占める事業主負担の比率は 1995 年度には 24.5%であったが、2004 年度には 20.6%まで縮小した。その一方で、過去 10 年間に公費（国・地方）負担比率が 3.1 ポイント上昇して 34.8%に、家計（保険料・一部負担）負担比率が 0.9 ポイント上昇して 44.6%になった。事業主負担比率の引き上げも要検討事項である。

⁷ 中央社会保険医療協議会が「医療経済実態調査」を行っているが、これまでは、調査結果の発表のタイミングが遅く、診療報酬改定に反映されたとは言い難い。

⁸ 前田由美子ほか「介護サービス事業所の運営実態と拠点展開 ―「株式会社」を中心に―」2004 年 8 月、日医総研ワーキングペーパーNo.101

医療費の将来推計については、厚生労働省の医療費は年 3～4%伸びるという見方が根底にある。しかし最近 5 年間のデータ（21 頁・表 7）によれば、診療報酬マイナス改定のあった年を除いて多めに見積もっても医療費総額の伸びは年 2%台といったところである。厚生労働省は 1995 年度から 1999 年度までの 1 人当たり医療費の伸びをもとに将来推計を行っているが、最新データによる再推計も提示すべきである。